**短期入所日数が要介護認定有効期間の概ね半数を超える理由書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被 保 険 者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 被保険者番号 |  |
| 氏　名 |  | 生 年 月 日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 |
| 住　所 |  | 性別 | 男・女 |
| 認定期間 | 平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日 |
| 要介護度 | 要支援１・２　　要介護１・２・３・４・５ |
| 家族構成 | 氏　　　名 | 年齢 | 本人との続柄 | 生活の状況（心身・介護の状況等） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 本人の状況 |  |
| 長期利用となっている理由 |  |
| 今後の方針 | １．現在施設に入所を申し込んでいる。２．今後施設への入所を検討していく。３．状況に応じて在宅へ。４．その他 |
| 北秋田市長　殿　　　　上記理由により、短期入所利用日数が介護認定有効期間の概ね半数を超えますので　　　届出します。　平成　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　事業所名　　　　　　　　　　　　　連絡先　　　　　　　　　　　　　介護支援専門員　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 |

　欄内に記載しきれない場合は、適宜別紙追加等してください。

　居宅介護サービス計画書の第1表及び第2表の写しを添付のこと。